

# 保有個人情報消去・利用停止請求書

年 月 日

株式会社プロトメディカルケア 宛

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所または居所 〒 \_\_\_\_\_

TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

貴社が保有する下記の個人情報につき、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 58 号）に基づき、下記のとおり保有個人情報の消去および利用停止を請求します。

記

## 1 請求の趣旨等

請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報	開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等
請求の趣旨及び理由	(趣旨)  (理由)

## 2 本人確認等

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人が委任した代理人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
イ 本人の状況等（法定代理人が請求する場合にのみ記載） （ア）本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ _____ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人  （イ）(フリガナ) 本人の氏名 _____  （ウ）本人の住所又は居所 _____

以上

(※ 消去および利用停止請求にあたっては、可能な限り 1 枚の消去・利用停止請求書に、1 件の消去または利用停止請求を記載するようにしてください。)